

POSTERS APRESENTAÇÃO EM SALA – 21 MAIO 2022

HÁBITOS DE SONO DA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA EM IDADE PRÉ-ESCOLAR E ESCOLAR NUMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

--

POLISSONOGRAFIA PEDIÁTRICA NO DIAGNÓSTICO E ABORDAGEM DA SAOS

--

INFEÇÃO POR METAPNEUMOVÍRUS NUM SERVIÇO DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

--

UM CASO RARO DE PNEUMONIA INTERSTICIAL

--

POLISSONOGRAFIA EM CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DOWN

--

SEQUÊNCIA DE PIERRE ROBIN: EXPERIÊNCIA NUMA UNIDADE DE PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA

**** APENAS SE DISPONIBILIZAM AS APRESENTAÇÕES/POSTERS CUJOS AUTORES O AUTORIZARAM EXPLICITAMENTE.***

ASIC – Hospital Pediátrico de Coimbra - Piso 0 - A.21.00.03 - Av. Afonso Romão - Alto da Baleia
3000-602 Coimbra

tm. 961 466 788 | tel. e fax 239 482 000 | congressos@asic.pt | www.asic.pt
NIF 501 433 678 | NIB 0036 0058 99100004785 33

INTRODUÇÃO

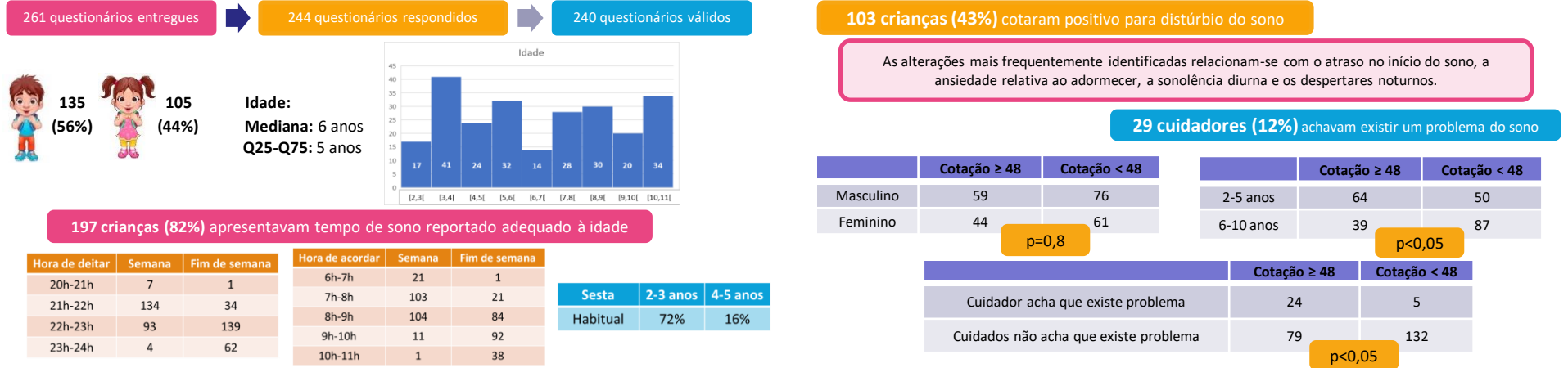
MÉTODOS

A população pediátrica tem necessidades de sono específicas. As falhas em assegurar a duração e qualidade de sono adequadas a cada faixa etária são frequentes, o que prejudica o momento noturno e a atividade diurna e aumenta o risco de várias patologias.

Objetivo: Identificar a real prevalência de distúrbio do sono na população de crianças seguida na USF.

- Estudo transversal.
- Participantes:** crianças dos 2 aos 10 anos observadas na USF VitaSaurium entre julho e novembro de 2021.
- Aplicação de inquérito demográfico e versão longa do “Portuguese Children’s Sleep Habits Questionnaire” → Positivo para distúrbio de sono se cotação ≥ 48
- Análise estatística:** SPSS26.0 (intervalo de confiança 95%)

RESULTADOS



CONCLUSÕES

Os distúrbios do sono são frequentes em idade pediátrica, mas muitas vezes não são identificados quando analisada apenas a duração total do sono. São mais frequentes em idade pré-escolar e, apesar de amplamente subidentificados pelos cuidadores, quando estes têm perceção de que existe um problema, na maioria das vezes isso verifica-se. Devido à frequência destes problemas e ao seu potencial impacto, é fundamental a sensibilização dos médicos para a sua exploração de forma regular no seguimento das crianças.

HÁBITOS DE SONO DA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA EM IDADE PRÉ-ESCOLAR E ESCOLAR NUMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

Marta Carvalho^{1, 2}, Bárbara Barbosa², Filipa Cunha¹

¹Serviço de Pediatria, Hospital Distrital da Figueira da Foz

²Unidade de Saúde Familiar VitaSaurium

INTRODUÇÃO

A população pediátrica tem necessidades de sono específicas. As falhas em assegurar a duração e qualidade de sono adequadas a cada faixa etária são frequentes, o que prejudica o momento noturno e a atividade diurna e aumenta o risco de várias patologias.

Objetivo: Identificar a real prevalência de distúrbio do sono na população de crianças seguida na USF.

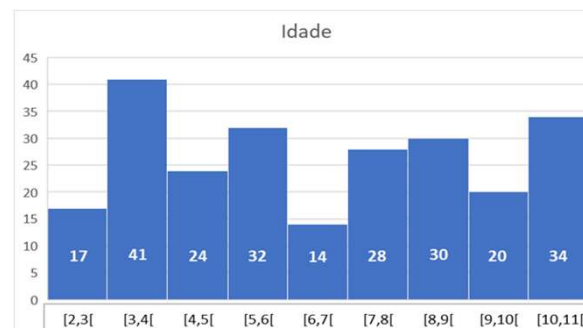
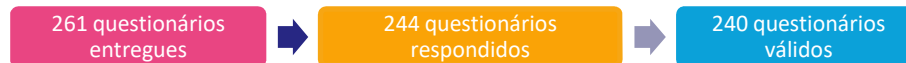
MÉTODOS

- Estudo transversal, englobando as crianças dos 2 aos 10 anos observadas na USF entre julho e novembro de 2021.
- Aplicação de inquérito demográfico e versão longa do “Portuguese Children’s Sleep Habits Questionnaire” → Positivo para distúrbio de sono se **cotação ≥ 48**

RESULTADOS



Idade:
Mediana: 6 anos
Q25-Q75: 5 anos



HÁBITOS DE SONO DA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA EM IDADE PRÉ-ESCOLAR E ESCOLAR NUMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

Marta Carvalho^{1, 2}, Bárbara Barbosa², Filipa Cunha¹

¹Serviço de Pediatria, Hospital Distrital da Figueira da Foz

²Unidade de Saúde Familiar VitaSaurium

RESULTADOS

197 crianças (82%) apresentavam tempo de sono reportado adequado à idade

Hora de deitar	Semana	Fim de semana
20h-21h	7	1
21h-22h	134	34
22h-23h	93	139
23h-24h	4	62

Hora de acordar	Semana	Fim de semana
6h-7h	21	1
7h-8h	103	21
8h-9h	104	84
9h-10h	11	92
10h-11h	1	38

Sesta	2-3 anos	4-5 anos
Habitual	72%	16%

103 crianças (43%) cotaram positivo para distúrbio do sono

As alterações mais frequentemente identificadas relacionam-se com o atraso no início do sono, a ansiedade relativa ao adormecer, a sonolência diurna e os despertares noturnos.

29 cuidadores (12%) achavam existir um problema do sono

HÁBITOS DE SONO DA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA EM IDADE PRÉ-ESCOLAR E ESCOLAR NUMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

Marta Carvalho^{1, 2}, Bárbara Barbosa², Filipa Cunha¹

¹Serviço de Pediatria, Hospital Distrital da Figueira da Foz

²Unidade de Saúde Familiar VitaSaurium

RESULTADOS

	Cotação ≥ 48	Cotação < 48
Masculino	59	76
Feminino	44	61

p=0,8

	Cotação ≥ 48	Cotação < 48
2-5 anos	64	50
6-10 anos	39	87

p<0,05

	Cotação ≥ 48	Cotação < 48
Cuidador acha que existe problema	24	5
Cuidados não acha que existe problema	79	132

p<0,05

CONCLUSÕES

- Os distúrbios do sono são frequentes em idade pediátrica.
- Muitas vezes não são identificados quando analisada apenas a duração total do sono.
 - São mais frequentes em idade pré-escolar.
- Apesar de subidentificados pelos cuidadores, quando estes têm perceção de que existe um problema, na maioria das vezes isso verifica-se.

Devido à frequência destes problemas e ao seu potencial impacto, é fundamental a sensibilização dos médicos para a sua exploração de forma regular no seguimento das crianças.

Polissonografia pediátrica no diagnóstico e abordagem da SAOS

Inês Cascais¹, José Miguel Freitas¹, Sara Mosca¹, Joel Freitas², Teresa Soares³, Lurdes Morais¹, Marta Rios¹

1- Serviço de Pediatria; 2- Serviço de Neurofisiologia; 3- Serviço de Otorrinolaringologia

Centro Materno-Infantil do Norte (CMIN), Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUPorto)



CMIN
CENTRO MATERNO-
INFANTIL DO NORTE
CH PORTO

JORNADAS DA



SOCIEDADE PORTUGUESA DE
PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA
E DO SONO

Introdução

As indicações para polissonografia (PSG), os critérios de diagnóstico e abordagem terapêutica da síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) são específicos em idade pediátrica; Objetivo: caracterizar estes aspetos numa população pediátrica

Metodologia

Estudo descritivo e transversal; pacientes entre os 6 meses e os 18 anos que realizaram PSG nível 1 num hospital terciário de 06/2018 a 12/2021

Resultados

Idade média $10.0 \pm 5,1$ anos 60,3% ♂

Exclusão de 39 PSG: Tempo total de sono < 360 minutos; eficiência do sono < 60,0%

Indicações para PSG, amostra inicial (n=291)

n (%)

Suspeita de perturbação respiratória do sono (PRS)

252 (86,6)

Obesidade

95 (37,7)

Cirurgia ORL prévia

79 (31,3)

Síndromes genéticas/dismórficos

67 (26,6)

Doenças neuromusculares

27 (10,7)

Suspeita de movimentos periódicos dos membros durante o sono (PLMS)

36 (12,4)

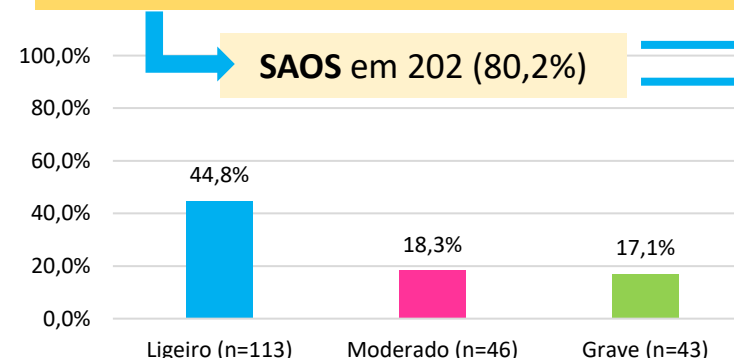
Sonolência diurna excessiva

24 (8,2)

Parassónias complexas

8 (2,7)

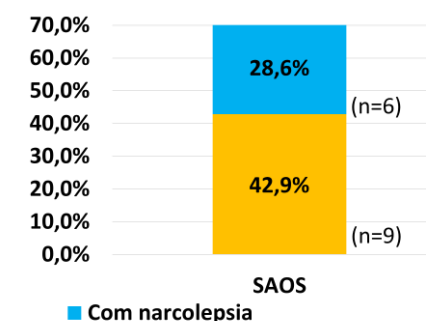
Resultados das PSG, amostra final (n=252)



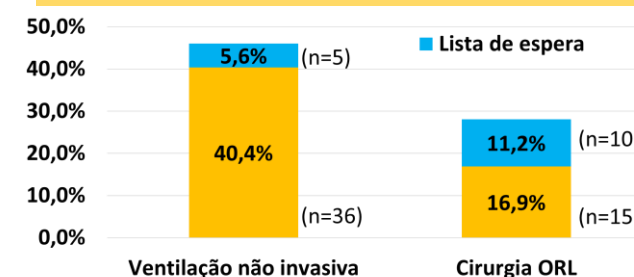
PLMS ≥ 5 /hora em 53 (26,2%)

Em 6 dos 8 com parassónias complexas

PSG véspera TLMS (n=21)



Tratamento SAOS moderado-grave (n=89)



SAOS ≥ 13 anos 81 pacientes (40,1%)

(RDI/IAH)	Normal	Ligeiro	Moderado	Grave
Critérios pediátricos	<1/h	1-4/h	5-10/h	>10/h
66 (81,5%)	25 de 38 (65,8%) mudou a abordagem terapêutica			
Critérios adultos	<5/h	5-14/h	15-30/h	>30/h

Conclusões

SAOS moderado-grave foi identificado em aproximadamente um terço da amostra e uma percentagem significativa necessitou de VNI, o que seria expectável atendendo à complexidade dos pacientes estudados; Os PLMS foram amplamente associados a SAOS, assim como a SAOS é uma comorbilidade frequente na narcolepsia e uma causa de parassónias complexas; Entendemos que é necessário definir melhor os critérios de gravidade da SAOS nos pacientes acima dos 13 anos e, consequentemente, as indicações terapêuticas para VNI e/ou cirurgia ORL neste grupo etário.

Polissonografia pediátrica no diagnóstico e abordagem da SAOS

Inês Cascais¹, José Miguel Freitas¹, Sara Mosca¹, Joel Freitas², Teresa Soares³, Lurdes Morais¹, Marta Rios¹

1- Serviço de Pediatria; 2- Serviço de Neurofisiologia; 3- Serviço de Otorrinolaringologia

Centro Materno-Infantil do Norte (CMIN), Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUPorto)



Introdução

Síndrome apneia obstrutiva do sono em idade pediátrica e especificidades:
- indicações para polissonografia (PSG), critérios de diagnóstico e abordagem terapêutica
Objetivo: caracterizar estes aspetos numa população pediátrica

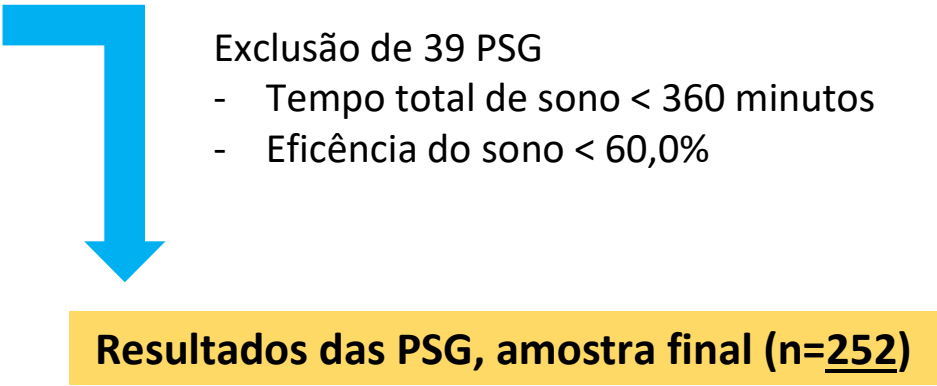
Metodologia

Estudo descritivo e transversal
Pacientes com idade entre os 6 meses e os 18 anos que realizaram PSG nível 1 no CMIN de 06/2018 a 12/2021

Resultados

Idade média 10.0 ± 5,1 anos 60,3% ♂

Indicações para PSG, amostra inicial (n=291)	n (%)
Suspeita de perturbação respiratória do sono (PRS)	252 (86,6)
Obesidade	95 (37,7)
Cirurgia ORL prévia	79 (31,3)
Síndromes genéticos/dismórficos	67 (26,6)
Doenças neuromusculares	27 (10,7)
Suspeita de movimentos periódicos dos membros durante o sono (PLMS)	36 (12,4)
Sonolência diurna excessiva	24 (8,2)
Parassónias complexas	8 (2,7)



Polissonografia pediátrica no diagnóstico e abordagem da S

Inês Cascais¹, José Miguel Freitas¹, Sara Mosca¹, Joel Freitas², Teresa Soares³, Lurdes Morais¹, Marta Rios¹

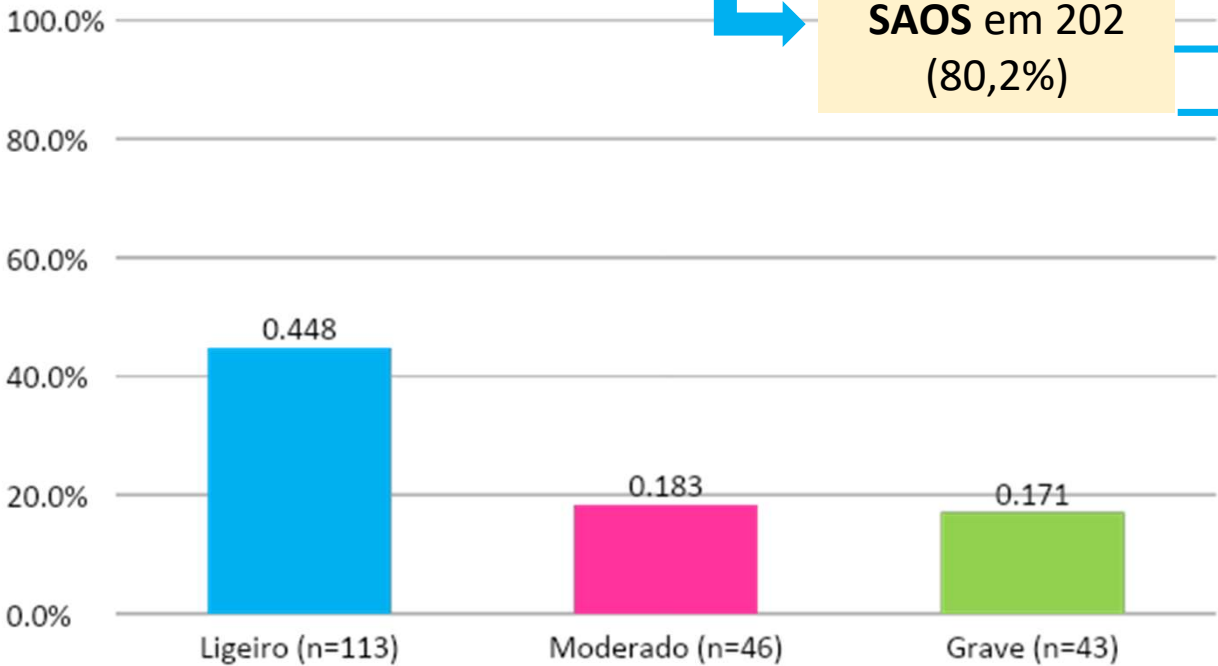
1- Serviço de Pediatria; 2- Serviço de Neurofisiologia; 3- Serviço de Otorrinolaringologia

Centro Materno-Infantil do Norte (CMIN), Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUPorto)



Resultados

Resultados das PSG, amostra final (n=252)



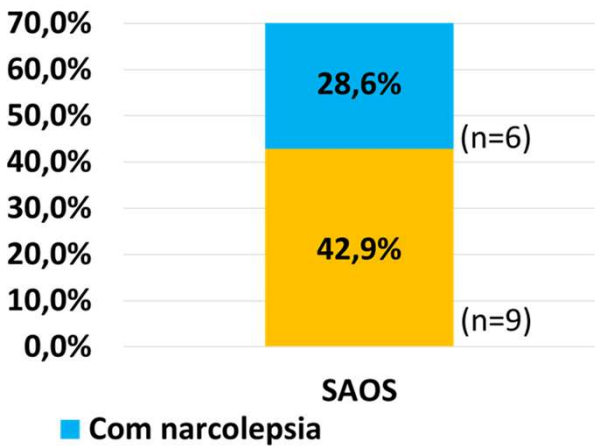
**SAOS em 202
(80,2%)**

Em 193 dos 237 (81,4%) com suspeita de **PRS**

PLMS ≥ 5/hora em 53 (26,2%)

Em 6 dos 8 com **parassónias complexas**

PSG realizadas na véspera do TLMS (n=21)



Polissonografia pediátrica no diagnóstico e abordagem da S

Inês Cascais¹, José Miguel Freitas¹, Sara Mosca¹, Joel Freitas², Teresa Soares³, Lurdes Morais¹, Marta Rios¹

1- Serviço de Pediatria; 2- Serviço de Neurofisiologia; 3- Serviço de Otorrinolaringologia

Centro Materno-Infantil do Norte (CMIN), Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUPorto)



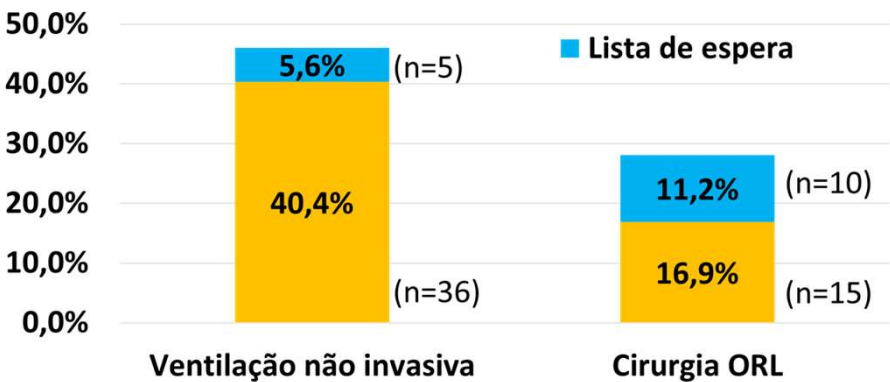
Resultados

RDI/IAH	SAOS ≥ 13 anos 81 pacientes (40,1%)			
	Normal	Ligeiro	Moderad	Grave
Critérios pediátricos	<1/h	1-4/h	5-10/h	>10/h
Critérios adultos	<5/h	5-14/h	15-30/h	>30/h



25 de 38 (65,8%)
mudança da abordagem terapêutica

Tratamento SAOS moderado-grave (n=89)



Conclusões

SAOS **moderado-grave** foi identificado em aproximadamente **um terço** da amostra e uma percentagem significativa necessitou de **VNI**, o que seria expectável atendendo à complexidade dos pacientes estudados;

Os **PLMS** foram amplamente associados a **SAOS**, assim como a SAOS é uma comorbilidade frequente na **narcolepsia** e uma causa de **parassónias complexas**;

Entendemos que é necessário definir melhor os **critérios** de gravidade da SAOS nos pacientes **acima dos 13 anos** e, consequentemente, as indicações terapêuticas para VNI e/ou cirurgia ORL neste grupo etário.

Bibliografia: 1-Krzeski A, et al. Obstructive sleep disordered breathing in children – an important problem in the light of current European guidelines. Otolaryngol Pol. 2018 Jun 29;72(5):9–16; 2-Kaditis AG, et al. Obstructive sleep disordered breathing in 2- to 18-year-old children: Diagnosis and management. Eur Respir J. 2016;47(1):69–94; 3-Aurora RN, et al. Practice parameters for the respiratory indications for polysomnography in children. Sleep. 2011;34(3):379–88; 4-Gipson K, et al. Sleep-Disordered Breathing in Children. Pediatr Rev. 2019 Jan;40(1):3–13; 5-Kaditis AG, et al. ERS statement on obstructive sleep disordered breathing in 1- to 23-month-old children. Eur Respir J. 2017;50(6):1–22; 6-Colon JE. Pediatric Polysomnography. Encycl Sleep. 2013;4(3):52–8; 7-Kotagal S, et al. Non-respiratory indications for polysomnography and related procedures in children: An evidence-based review. Sleep. 2012;35(11):1451–66; 8-Harrison EI, et al. Sleep time and efficiency in patients undergoing laboratory-based polysomnography. J Clin Sleep Med. 2021;17(8):1591–8; 9- Stowe RC, et al. Pediatric polysomnography—A review of indications, technical aspects, and interpretation. Paediatr Respir Rev. 2020;34:9–17; 10- Walsh A, Phelan F, Phelan M, Ryan M, Healy F, Slattery DM, et al. Diagnosis and treatment of sleep related breathing disorders in children: 2007 to 2011. Ir Med J. 2015;108(3):2011–3.):379–88.

INTRODUÇÃO

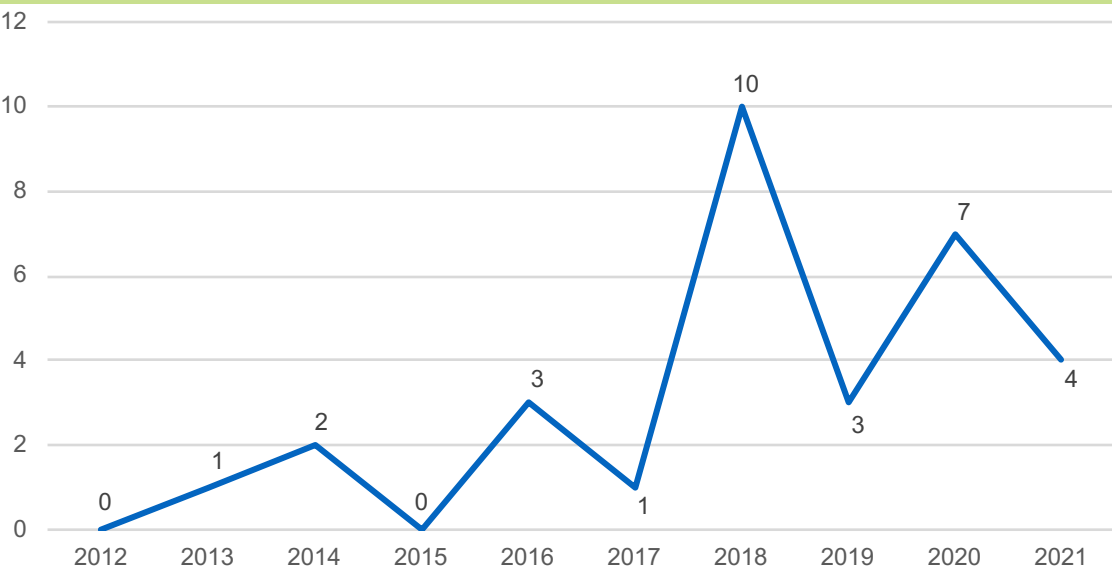
O metapneumovírus é um agente conhecido de doença respiratória na criança. Responsável por um amplo espectro de manifestações, desde sintomas ligeiros até infeção respiratória grave com necessidade de ventilação. O objetivo deste estudo foi caracterizar o internamento de crianças e adolescentes, em Cuidados Intensivos, por infeção respiratória a Metapneumovírus.

MÉTODOS

Estudo retrospectivo e observacional. Incluídas crianças/adolescentes internados num Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos (CIPE) com infeção por metapneumovírus, comprovada por pesquisa PCR. Período de estudo: 10 anos (janeiro 2012 - dezembro de 2021).

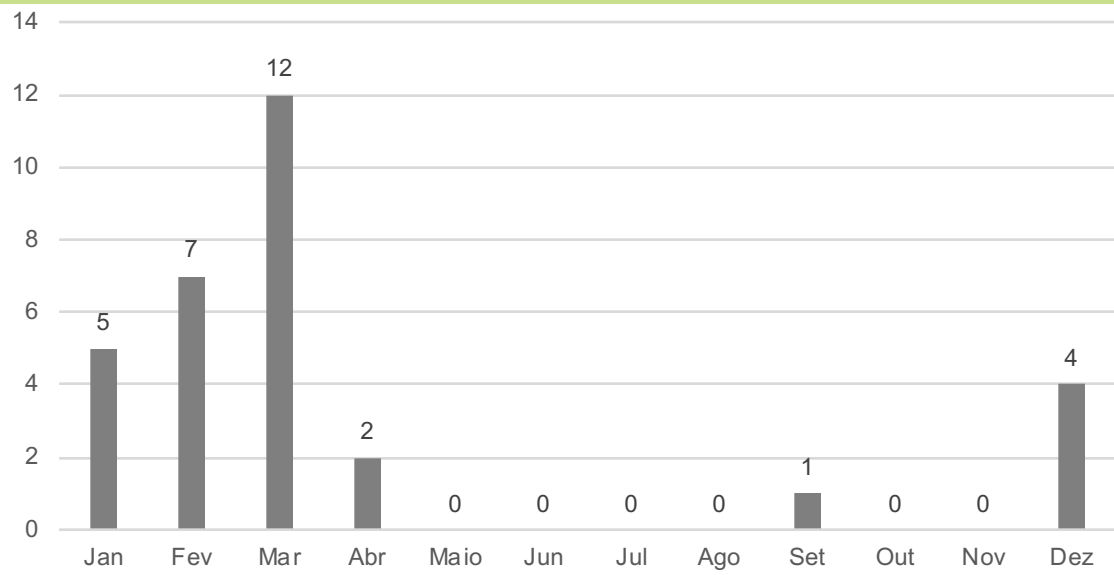
RESULTADOS

Figura 1. Número de casos por ano



31 casos, com **tendência crescente**

Figura 2. Distribuição casos ao longo do ano



Maior incidência nos meses de **Inverno**

Tabela 1. Dados demográficos

	n (%)
Sexo	♂ 18 (58%)
Mediana (mín – máx)	
Idade	9 meses (1m – 18a)
Duração do internamento	6 dias (1 - 30)

Tabela 1. Dados clínicos

	n (%)
Diagnóstico admissão	Pneumonia 14 (45%)
AP patologia respiratória	6 (23%)
AP patologia crónica não respiratória	10 (32%)
Co-infeção vírica	11 (36%)
Complicações	22 (71%)
Suporte ventilatório	17 (55%)
Oxigenoterapia alto fluxo	8 (26%)
Score PIM2	0,96
Taxa mortalidade	0%

Bronquiolite: 8 (26%)
Apneia Obstrutiva: 2 (7%)
ARDS: 2 (7%)

19% foram internados por
descompensação de patologia
crónica não respiratória

Sobreinfeção bacteriana: 19 (61%)
Atelectasia: 8 (26%)
Derrame pleural: 2 (6%)

Ventilação Mecânica Invasiva: 11
Ventilação Não Invasiva: 9

CONCLUSÃO

A infeção por metapneumovírus com necessidade de internamento num Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos tem aumentado ao longo dos anos, sobretudo nos primeiros anos de vida. Verificou-se uma percentagem significativa de casos graves com necessidade de suporte ventilatório. Apenas 23% dos casos tinham antecedentes pessoais de patologia crónica respiratória.

BIBLIOGRAFIA: 1. Hani N, Gornick W, Huff B, Atienza J, Singh J. Human Metapneumovirus Infection in a Children’s Hospital - It Should Get More Attention. *Pediatr Infect Dis J.* 2022;41(4):284-289. doi:10.1097/INF.0000000000003416
2. Barr R, Mcgalliard R, Drysdale SB. Human metapneumovirus in paediatric intensive care unit (PICU) admissions in the United Kingdom (UK) 2006 – 2014. 2020;(January).

INFEÇÃO POR METAPNEUMOVÍRUS NUM SERVIÇO DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS



JORNADAS DA



SOCIEDADE PORTUGUESA DE
PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA
E DO SONO

Teresa Botelho¹; Raquel Gonçalves¹; Rita Moinho¹; Leonor Carvalho¹

¹Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra;

INTRODUÇÃO

- Agente conhecido de doença respiratória na criança – identificado desde 2001
- Manifestações clínicas: sintomas ligeiros até infeção respiratória grave com necessidade de suporte ventilatório.
- Objetivo: Caracterizar o internamento de crianças e adolescentes, em Cuidados Intensivos, por infeção respiratória a Metapneumovírus.

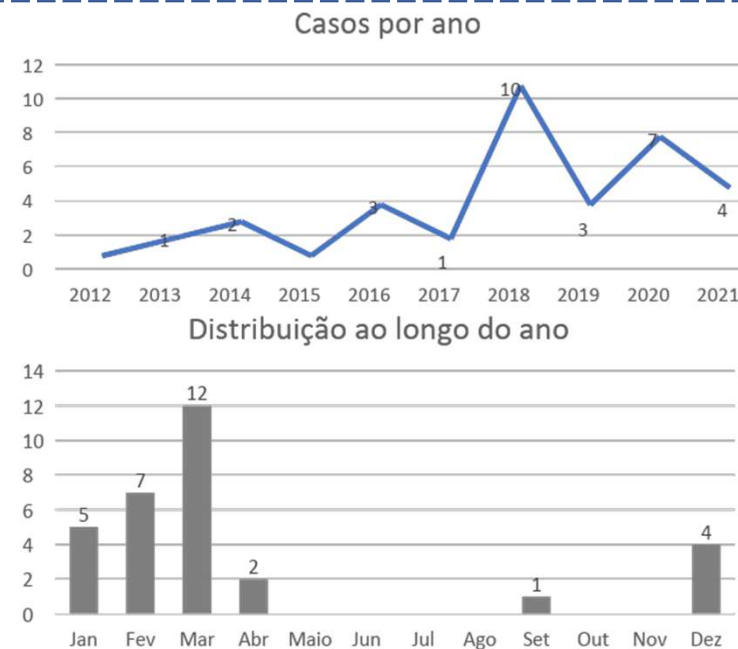
MÉTODOS

- Estudo retrospectivo e observacional.
- Amostra: crianças/adolescentes internados num Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos (CIPE) com infeção por metapneumovírus, comprovada por pesquisa PCR.
- Período de estudo: 10 anos (janeiro 2012-dezembro de 2021).

RESULTADOS

n = 31

- Identificados 31 casos em 10 anos, com **tendência crescente** de casos ao longo dos anos e com pico de incidência nos **meses de inverno** (dezembro-março)
- Maior incidência no sexo masculino (58%), idade mediana 9 meses (mín 1 mês – máx 16 anos)
- Provenientes do Hospital da área de residência 14 (45%) e do Serviço de Urgência HP 11 (36%)
- Duração de internamento em Cuidados Intensivos: 6 dias (mín 1 dia, máx 30 dias)



	n (%)
Sexo	♂ 18 (58%)
	Mediana (mín – máx)
Idade	9 meses (1m – 18a)
Duração do internamento	6 dias (1 - 30)



RESULTADOS

n = 31

- Diagnóstico à admissão: **Pneumonia 14 casos** (45%), bronquiolite 8 (26%), apneia obstrutiva 2 (7%) ARDS 2 (7%) e outros 5 (16,1%)
- 6 casos (23%) apresentavam **antecedentes de patologia respiratória** e 10 casos (32%) apresentavam **antecedentes de patologia crónica não respiratória**
- **Em 20 casos (65%) o metapneumovírus foi o único vírus identificado;** Coinfeção com Rinovírus em 6 casos , VSR 3 casos e Adenovírus em 3 casos.
- Complicações: Sobreinfecção bacteriana 19 casos; Atelectasia 8 casos; Derrame pleural 2 casos; Enfisema subcutâneo 1 caso.
- VMI 11 casos, VNI 9 casos, tempo de duração 7 dias (mín 1 – máx 29);

CONCLUSÃO

A infeção por metapneumovírus com necessidade de internamento num Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos tem aumentado ao longo dos anos, sobretudo nos primeiros anos de vida. Verificou-se uma percentagem significativa de casos graves com necessidade de suporte ventilatório. Apenas 23% dos casos tinham antecedentes pessoais de patologia crónica respiratória.

	n (%)
Diagnóstico admissão	Pneumonia 14 (45%)
AP patologia respiratória	6 (23%)
AP patologia crónica não respiratória	10 (32%)
Coinfeção vírica	11 (36%)
Complicações	22 (71%)
Suporte ventilatório	17 (55%)
Oxigenoterapia alto fluxo	8 (26%)

UM CASO RARO DE PNEUMONIA INTERSTICIAL

Francisca Manoel¹, José Maria Lupi¹, Patrícia Romão¹, Andreia Ferrão², Joana Gaspar¹

1 - Serviço de Pediatria, Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E

2 - Serviço de Imunoalergologia, Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E

INTRODUÇÃO

PNEUMONIA INTERSTICIAL EM IDADE PEDIÁTRICA



RARA

Prevalência 3,6 casos/ milhão
Mortalidade 15%

DIAGNÓSTICO

Sintomas respiratórios
Alterações da função respiratória
Infiltrados difusos no RX tórax

Múltiplas etiologias possíveis
Necessidade de elevada suspeição clínica
Doenças crónicas e complexas

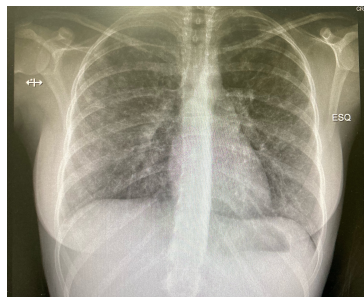
DESAFIO DIAGNÓSTICO



CASO CLÍNICO

17 ANOS

Tosse + febre arrastada
Dificuldade respiratória



RX tórax: infiltrado intersticial
bilateral, algodonado

PNEUMONIA ATÍPICA
Azitromicina



Hipoxémia
Exantema maculo-papular



TC tórax: densificações
parenquimatosas em vidro despolido

PNEUMONITE INTERSTICIAL

3 dias
depois



Apurou-se posteriormente da história pregressa

8 semanas
antes

Início de **minociclina** para
tratamento do acne

3 semanas
antes

✓ Febre
✓ Exantema maculo-papular
confluente pruriginoso
✓ Artralgias
✓ Adenomegalias generalizadas
✓ Edema facial

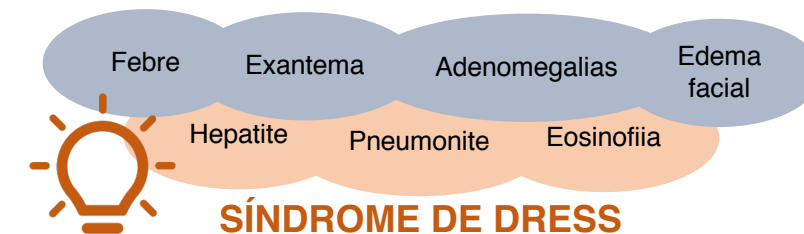
REAÇÃO ADVERSA MEDICAMENTOSA
Suspendeu minociclina e iniciou corticoide

Em desmame de corticoide (60mg/dia → 5mg/dia)
aquando do aparecimento dos sintomas respiratórios



Sem anemia (Hb: 12,5 g/dL); **Eosinofilia** (Eo: 19,1%);
Hepatite ligeira (AST 55 U/L; ALT 159 U/L)

↑ **marcadores de inflamação** (PCR 12,1mg/dL, VS 32mm/s)



SÍNDROME DE DRESS

Oxigenioterapia + reinício de corticoide 60mg/dia
com posterior desmame lento
Melhoria clínica, sem nova recidiva

CONCLUSÃO

- O Síndrome de DRESS (*Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms*) é **raro** e potencialmente **fatal**. O diagnóstico é clínico e a sua evolução pode ser paulatina com sintomas pouco específicos. O **envolvimento pulmonar** está amplamente descrito, frequentemente associado à administração de minociclina.
- Destacamos a importância da colheita adequada da história clínica para o diagnóstico diferencial de pneumonia intersticial, não esquecendo a história de exposição a tóxicos ou fármacos.

Bibliografia: 1. Clement, Annick, et al. "Interstitial lung diseases in children." *Orphanet journal of rare diseases* 5.1 (2010): 1-24. 2. Taweessedt, Pahnwat Tonya, et al. "Pulmonary manifestations of drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS) syndrome: a systematic review." *BioMed research international* 2019 (2019). 3. Peyriere, H., et al. "Variability in the clinical pattern of cutaneous side-effects of drugs with systemic symptoms: does a DRESS syndrome really exist?." *British Journal of Dermatology* 155.2 (2006): 422-428.



JORNADAS DA SOCIEDADE DE PNEUMOLOGIA
PEDIÁTRICA E DO SONO
20-21 MAIO 2022

Francisca Manoel¹, José Maria Lupi¹, Patrícia Romão¹, Andreia Ferrão², Joana Gaspar¹

1 - Serviço de Pediatria, Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E

2 - Serviço de Imunoalergologia, Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E



UM CASO RARO DE PNEUMONIA INTERSTICIAL

PNEUMONIA INTERSTICIAL EM IDADE PEDIÁTRICA



RARA

Prevalência 3,6 casos/
milhão

Mortalidade 15%

DIAGNÓSTICO

Sintomas respiratórios

Alterações da função respiratória

Hipoxémia

Infiltrados difusos no RX tórax

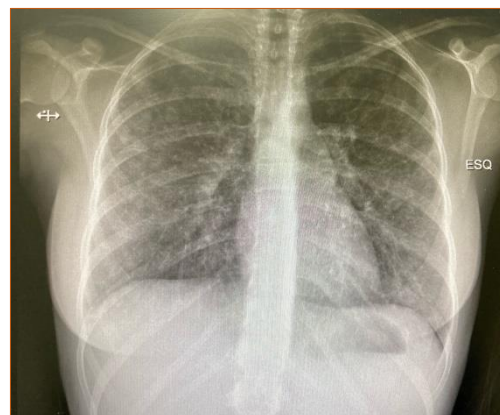
DESAFIO DIAGNÓSTICO:

Múltiplas etiologias possíveis, Doenças crónicas e complexas, Necessidade de elevada suspeição clínica



17 ANOS

Tosse + febre arrastada
Dificuldade respiratória

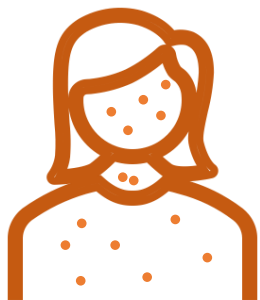


RX tórax: Infiltrado intersticial
bilateral algodonsoso

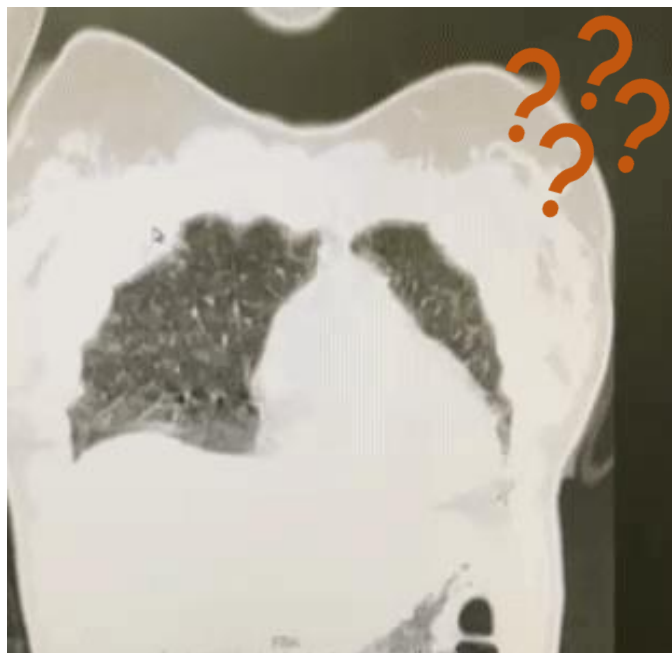
PNEUMONIA ATÍPICA

Azitromicina 3 dias

UM CASO RARO DE PNEUMONIA INTERSTICIAL



Hipoxémia
Exantema maculo-papular



TC tórax: densificações
parenquimatosas em vidro despolido

PNEUMONITE INTERSTICIAL

Apurou-se posteriormente da história
pregressa:


8 semanas
antes

Início de **minociclina** para
tratamento do acne


3 semanas
antes

- ✓ Febre
- ✓ Exantema maculo-papular
confluyente pruriginoso
- ✓ Artralgias
- ✓ Adenomegalias
generalizadas
- ✓ Edema facial

REAÇÃO ADVERSA MEDICAMENTOSA
Suspendeu minociclina e iniciou corticoide



JORNADAS DA SOCIEDADE DE PNEUMOLOGIA
PEDIÁTRICA E DO SONO
20-21 MAIO 2022

Francisca Manoel¹, José Maria Lupi¹, Patrícia Romão¹, Andreia Ferrão², Joana Gaspar¹

1 - Serviço de Pediatria, Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E

2 - Serviço de Imunoalergologia, Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E



UM CASO RARO DE PNEUMONIA INTERSTICIAL

Em desmame de Prednisolona (60mg/dia → 5mg/dia)
aquando do aparecimento dos sintomas respiratórios

Sem anemia (Hb: 12,5 g/dL); Eosinofilia (Eo: 19,1%);
Hepatite ligeira (AST 55 U/L; ALT 159 U/L)
↑ marcadores de inflamação (PCR 12,1mg/dL, VS
32mm/s)

Adenomegalias

Febre

Eosinofilia
Pneumonite
Hepatite

Edema Facial

Exantema



O₂ + prednisolona 60mg/dia, desmame lento
Melhoria clínica, sem nova recidiva

SÍNDROME DE DRESS

CONCLUSÃO

DRESS – Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms

Raro e potencialmente fatal

Diagnóstico clínico

Pulmão - Minociclina

Sintomas inespecíficos

Evolução potencialmente paulatina

Importância história clínica



POLISSONOGRAFIA EM CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DOWN

Margarida S. Abreu¹, Cristina Rodrigues¹, M. Helena Estevão², Augusta Gonçalves³, Carla Moreira³

1 – Interna de Formação Específica de Pediatria do Hospital de Braga

2 – Pediatra, Medicina do Sono na Un.Med.Sono do CCCoimbra

3 – Assistente Hospitalar Graduada do Hospital de Braga

Introdução

As crianças com **Síndrome de Down (SD)** têm maior risco de desenvolver **perturbação respiratória obstrutiva do sono (PROS)**. A ocorrência desta patologia representa prejuízo fisiopatológico mutuamente cumulativo, com impacto prognóstico acrescido, implicando a necessidade de deteção e tratamento precoces.

Metodologia

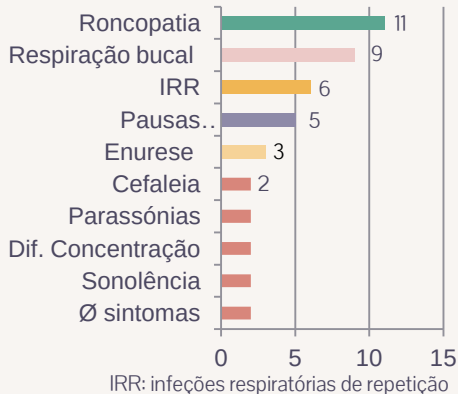
Estudo observacional, transversal, realizado num Serviço de Pediatria de um Hospital nível III. A amostra incluiu todas as crianças com trissomia 21 (T21) referenciadas à Consulta de Pneumologia Pediátrica entre 2017 e 2021 e que realizaram polissonografia nocturna (PSG) em laboratório. Registaram-se dados demográficos, epidemiológicos e clínicos e os resultados das PSN.

Resultados

- **16 crianças | Sexo ♀: n=10**
- **Idade: 3 e 17 anos (média 8) aquando da PSG**

COMORBILIDADES	n=
Hipotiroidismo	9
Cardiopatia	6
Obesidade (Ø complicações metabólicas)	3
Baixa estatura	2
Hipertiroidismo	1

SINTOMATOLOGIA PRÉVIA À PSG



DADOS POLISSONOGRÁFICOS

Eficiência (%) - média: 85 (47 - 91,6)

IAH - média: 4,1 (1,2 - 10,5)

IDR - média: 24,5 (0,4 - 79)

SpO2 (%) - média: 96,5 (92 - 98)

Índice de dessaturação - média: 13,5 (13,8-0,7)

EtCO2 (mmHg) - média: 50,3 (43 - 58) (n=7)

Classificação PSG n=16



- SAOS ligeiro
- SAOS moderado
- SAOS grave
- SRVAS

SAOS: Síndrome Apneia obstrutiva do sono;
SRVA. Síndrome resistência vias aéreas superiores
Índice de apneia-hipopneia (IAH) - ligeira (1-4),
moderada (5-10) e grave (>10).

TRATAMENTO (nº doentes):

Tratamento médico: 9

Intervenção ORL: 12

Ventilação não invasiva: 3 (2 após PSG)

Sem tratamento: 2

Tratamento combinado: 10



Conclusão

Apesar de pequena a amostra, a deteção de PROS em todas as PSG de crianças de SD suportam a sua realização universal. Em 2021, de acordo com a literatura, foi implementado no Serviço um protocolo de seguimento das crianças com SD que determina a realização de PSG noturna quando indicado clinicamente, após cirurgia ORL para rastreio de quadro residual e nas crianças assintomáticas aos 4 anos. Os pais e os profissionais de saúde devem ser sensibilizados para a sintomatologia e risco de PROS inerentes à T21, para que o diagnóstico e a orientação clínica sejam mais precoces.

Bibliografia

1. Edgin JO. Research in Developmental Disabilities The impact of sleep disruption on executive function in Down syndrome. 2013;34:2033-9.
2. Summary B. High Prevalence of Sleep Disorders and Associated. 2014;10(4).
3. Chawla JK, Howard A, Burgess S, Heussler H. Sleep problems in Australian children with Down syndrome: the need for greater awareness. Sleep Med [Internet]. 2021;78:81-7.



POLISSONOGRAFIA EM CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DOWN

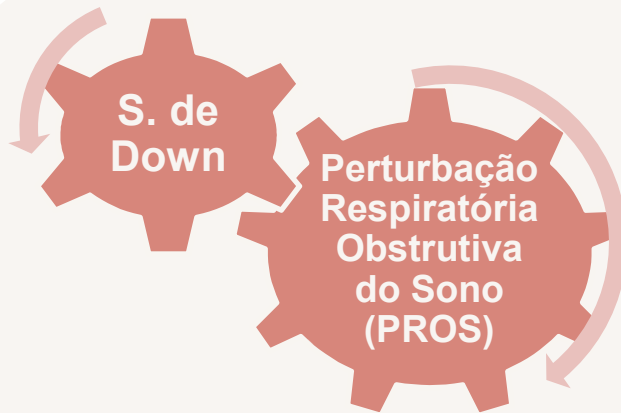
Margarida S. Abreu¹, Cristina Rodrigues¹, M. Helena Estevão², Augusta Gonçalves³, Carla Moreira³

1 – Interna de Formação Específica de Pediatria do Hospital de Braga

2 – Pediatra, Medicina do Sono na Un.Med.Sono do CCCoimbra

3 – Assistente Hospitalar Graduada do Hospital de Braga

Introdução



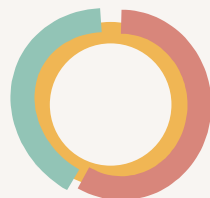
Metodologia

- ❖ Estudo observacional, transversal
- ❖ Serviço de Pediatria de um Hospital nível III.
- ❖ Crianças com trissomia 21 referenciadas à Consulta de Pneumologia Pediátrica entre 2017 e 2021 e que realizaram polissonografia (PSG) nocturna em laboratório.
- ❖ Dados demográficos, epidemiológicos, clínicos e polissonográficos.

Resultados

- 16 crianças
- Idade: 3 e 17 anos (média 8) aquando da PSG

Sexo masculino
(n=6)



Sexo feminino
(n=10)

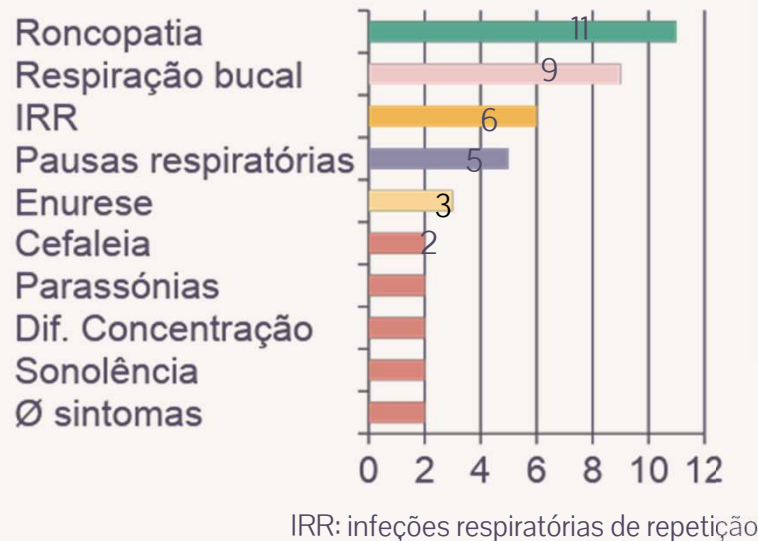
COMORBILIDADES	n
Hipotiroidismo	9
Cardiopatia	6
Obesidade ² (Ø complicações metabólicas)	3
Baixa estatura	2
Hipertiroidismo	1



POLISSONOGRAFIA EM CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DOWN

Resultados

SINTOMATOLOGIA PRÉVIA À PSG



TRATAMENTO (nº doentes)

Tratamento médico: 9

Intervenção ORL: 12

Ventilação não invasiva: 3 (2 após PSG)

Ø tratamento: 2

Tratamento combinado: 10

DADOS POLISSONOGRÁFICOS

Eficiência (%) - média: 85 (47 - 91,6)

IAH - média: 4,1 (1,2 - 10,5)

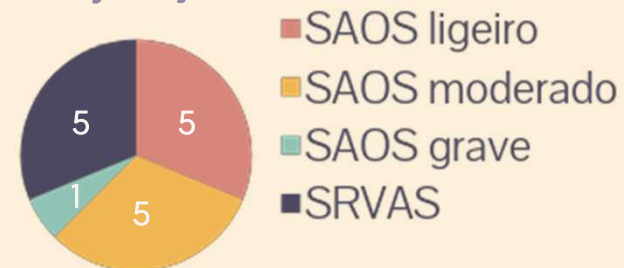
IDR - média: 24,5 (0,4 - 79)

SpO2 (%) - média: 96,5 (92 - 98)

Índice de dessaturação - média: 13,5 (13,8-0,7)

EtCO2 (mmHg) - média: 50,3 (43 - 58) (n=7)

Classificação PSG n=16



SAOS: Síndrome Apneia obstrutiva do sono;

SRVA. Síndrome resistência vias aéreas superiores

Índice de apneia-hipopneia (IAH): ligeira (1-4); moderada (5-10); grave (>10).



POLISSONOGRAFIA EM CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DOWN



Conclusão

- ❖ Detecção de PROS em **todas** (amostra pequena) as PSG de crianças de SD → suportam realização universal
- ❖ Em 2021, de acordo com a literatura, foi implementado no Serviço um **protocolo** de seguimento das crianças com SD que determina a realização de PSG noturna:
 - Quando clinicamente indicado
 - Após cirurgia ORL (rastreo de quadro residual)
 - Crianças assintomáticas aos 4 anos.
- ❖ **Sensibilização** (cuidadores e profissionais) para a **sintomatologia** e **risco de PROS** inerentes à T21, para que o diagnóstico e a orientação clínica sejam mais precoces.

Bibliografia

1. Edgin JO. Research in Developmental Disabilities The impact of sleep disruption on executive function in Down syndrome. 2013;34:2033–9.
2. Summary B. High Prevalence of Sleep Disorders and Associated. 2014;10(4).
3. Chawla JK, Howard A, Burgess S, Heussler H. Sleep problems in Australian children with Down syndrome : the need for greater awareness. Sleep Med [Internet]. 2021;78:81–7.

SEQUÊNCIA DE PIERRE ROBIN: EXPERIÊNCIA NUMA UNIDADE DE PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA

Beatriz Martins^{1,2}, Margarida Gomes^{1,2}, Lia Oliveira^{1,2,4,5}, Carolina Constant^{1,2,5}, Ana Saianda^{1,2,5}, Luísa Pereira^{1,2,5}, Teresa Bandeira^{1,2,5}, Andreia Descalço⁴, Ângela Drago⁴, Ana Margarida Silva⁴, Rosário Ferreira^{1,2,4,5}

1. Unidade de Pneumologia Pediátrica, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, CHULN. 2. Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, CHULN. 3.Serviço de Imunoalergologia, CHULN. 4. Laboratório Pediátrico de Estudos do Sono e Ventilação, Unidade de Pneumologia Pediátrica, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, CHULN. 5. Clínica Universitária de Pediatria, FMUL

INTRODUÇÃO

A sequência de Pierre Robin (SPR) pode condicionar, no período neonatal, **dificuldade respiratória e perturbação alimentar**. O risco de perturbação respiratória do sono implica uma abordagem estruturada da via aérea, sendo a **pressão positiva contínua na via aérea (CPAP) ou ventilação não invasiva (VNI)** uma alternativa terapêutica.

METODOLOGIA

Estudo retrospectivo descritivo, com análise dos processos dos doentes seguidos numa Unidade de Pneumologia Pediátrica nas duas últimas décadas (2001-2021).

RESULTADOS

Incluídos 7 doentes, **todos apresentavam insuficiência respiratória**, com necessidade de suporte respiratório. Em dois casos coexistiam síndromes genéticas: S. de Stickler e S. de Gordon, apresentando estes doentes necessidade de VNI mais prolongada (15 e 75 meses, respetivamente).

Apenas em 2 destes doentes foi necessário manter suporte respiratório após a cirurgia. Nenhum doente necessitou de ventilação invasiva posteriormente ou cirurgia ortognática.

Sexo	VMI	CPAP	BiPAP	Idade Início VNI (meses)	Idade Término VNI (meses)	Duração VNI (meses)	Idade Cirurgia Fenda Palatina (meses)	Seguiment o UPP (meses)
M	Sim	Sim	-	2	9	7	48	16
F	Sim	Sim	-	6	38	32	A	63
M	-	Sim	-	0,7	6	6	B	13
MC	-	-	Sim	2	77	75	48	185
F	-	Sim	-	2	4	2	12	69
F	-	Sim	-	1	6	5	6	49
FD	-	Sim	-	1	16	15	7	34

Doentes seguidos na UPP com diagnóstico de SPR. São apresentadas as idades de início e término de VNI, duração de VNI, em meses. Apresenta-se ainda idade de cirurgia de correção de fenda palatina e duração do seguimento na UPP. ^A desconhece-se idade da realização da cirurgia. ^B aguarda cirurgia. ^C S. Gordon. ^D S. Stickler.

COMENTÁRIOS

A abordagem da obstrução da via aérea por VNI pode permitir estabilização do doente sem necessidade de medidas invasivas adicionais. Métodos objetivos de avaliação da perturbação respiratória do sono devem fazer parte da avaliação destes doentes numa fase precoce da vida, permitindo a caracterização dos eventos respiratórios.

JORNADAS DA



SOCIEDADE PORTUGUESA DE
PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA
E DO SONO

CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA

 **Hospital**
PulidoValente



respirar pediatria
centro pediátrico de
estudos de função respiratória
sono e ventilação



FACULDADE DE
MEDICINA
LISBOA



CENTRO
ACADÉMICO
DE MEDICINA
DE LISBOA

U LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA

SEQUÊNCIA DE PIERRE ROBIN: EXPERIÊNCIA NUMA UNIDADE DE PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA

Beatriz Martins^{1,2}, Margarida Gomes^{1,2,3}, Lia Oliveira^{1,2,4,5}, Carolina Constant^{1,2,5}, Ana Saianda^{1,2,5}, Luísa Pereira^{1,2,5}, Teresa
Bandeira^{1,2,5}, Andreia Descalço⁴, Ângela Drago⁴, Ana Margarida Silva⁴, Rosário Ferreira^{1,2,4,5}

1. Unidade de Pneumologia Pediátrica, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, CHULN. 2. Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, CHULN. 3. Serviço de Imunoalergologia, CHULN. 4. Laboratório Pediátrico de Estudos do Sono e Ventilação, Unidade de Pneumologia Pediátrica, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, CHULN. 5. Clínica Universitária de Pediatria, FMUL

SEQUÊNCIA DE PIERRE ROBIN: EXPERIÊNCIA NUMA UNIDADE DE PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA

INTRODUÇÃO

- A Sequência de Pierre Robin no período neonatal pode condicionar dificuldade respiratória e perturbação alimentar
- O risco de perturbação respiratória do sono implica uma abordagem estruturada da via aérea sendo a ventilação não invasiva (VNI) uma alternativa terapêutica.

OBJECTIVOS E METODOLOGIA

- Caracterizar do ponto de vista respiratório os casos de SPR seguidos numa Unidade de Pneumologia Pediátrica de um hospital terciário através de um estudo retrospectivo descritivo com análise dos processos clínicos no período de 2001-2021.

RESULTADOS

- Total **7 doentes** (4♀)
- Mediana de seguimento nesta Unidade: **49 meses**
- Em **todos** presença de Insuficiência Respiratória com necessidade de suporte respiratório

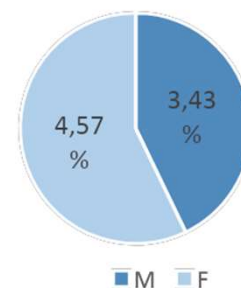


Figura 1: Distribuição de acordo com o sexo

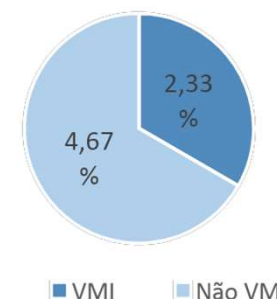


Figura 2: Necessidade de realização de Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) no período neonatal

SEQUÊNCIA DE PIERRE ROBIN: EXPERIÊNCIA NUMA UNIDADE DE PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA

- Início de Ventilação Não Invasiva (VNI) baseada em critérios clínicos
- Apenas 1 doente realizou PSG antes do início da VNI
- Em 2 casos coexistiam síndromes genéticas: Síndrome de Stickler e Síndrome de Gordon - necessidade de VNI mais prolongada (15 e 75 meses, respetivamente)
- Em 2 doentes foi necessário manter suporte respiratório após a cirurgia da fenda do palato
- Nenhum doente necessitou de ventilação invasiva posteriormente ou cirurgia ortognática.

CONCLUSÃO

- A abordagem da obstrução da via aérea por VNI pode permitir estabilização do doente sem necessidade de medidas invasivas adicionais.
- Importância da avaliação da perturbação respiratória do sono numa fase precoce da vida através de métodos objetivos

Idade Início VNI (meses)	Duração VNI (meses)	Idade Cirurgia Fenda Palatina (meses)	Seguimento (meses)
2	7	12	49

Figura 3: Medianas das idades de início e término de VNI, da duração de VNI, da idade de cirurgia da fenda palatina e do seguimento da unidade.

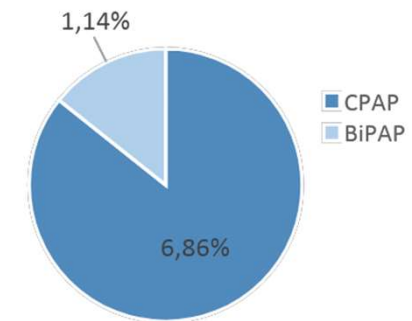


Figura 4: Tipo de Suporte Respiratório

Bibliografia

Rathé, M., Rayyan, M., Schoenaers, J., Dormaar, J., Breuls, M., Verdonck, A., Devriendt, K., Poorten, V. and Hens, G., 2015. Pierre Robin sequence: Management of respiratory and feeding complications during the first year of life in a tertiary referral centre. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 79(8), pp.1206-1212.

Hsieh, S. and Woo, A., 2019. Pierre Robin Sequence. *Clinics in Plastic Surgery*, 46(2), pp.249-259.